



Universidade de Aveiro Departamento de Psicologia e Educação
Ano 2018

**ADRIANA ISABEL ABREU
ALVES**

**PSICOPATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO
PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: Relações próximas
e de intimidade**



Universidade de Aveiro Departamento de Psicologia e Educação
Ano 2018

**ADRIANA ISABEL ABREU
ALVES**

**PSICOPATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO
PÓS-TRAUMÁTICO EM VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: Relações próximas
e de intimidade**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada, do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

*A toda (o) s os que consideram estarem sós.
Não estão.*

o júri

Presidente

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada
com Agregação, Universidade de Aveiro

Vogal – arguente principal

Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves, Professora
Adjunta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Viseu

Vogal – Orientador(a)

Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Con-
vidada, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Após algumas íngremes subidas, e súbitas descidas... O solo parece agora mais seguro. Dizia eu há dois anos, que em última instância o “final” deve ser sempre encarado como um encontro feliz entre a alma e o que foi conquistado. Sei agora que não há finais, há uma continuação de todo o meu eu, academicamente, profissionalmente, socialmente e acima de tudo, humanamente.

Não será certamente o final, somente a conclusão de mais uma bonita aprendizagem. No caminho que trilhei não estive só. A vida desafia-nos e nós temos o privilégio de encontrar verdadeiras pérolas que com a sua luz natural nos iluminam o caminho. A elas o meu bem-haja!

Em primeiro lugar, aos meus pais. Serão certamente as primeiras pessoas no mundo a sentirem a alegria e o orgulho em terminar mais uma etapa exatamente com o mesmo sentimento do que eu. A minha vitória será sempre a vitória deles.

À minha filha, Benedita, a que mais acredita em mim. A menina de sorriso fácil. A força mais pura em ser humano. É tudo por ela e para ela.

Aos meus avós, anjos na terra e anjos no céu. É neles que me refugio quando tudo parece não funcionar. Eternamente grata por tudo o que me ensinaram.

Ao Hugo, pelo altruísmo, pelo companheirismo e acima de tudo pelo apoio.

À Professora Doutora Sara Monteiro, pelo conhecimento científico, pela disponibilidade e pela confiança. Foi com esta base fulcral que me foi possível a construção deste estudo.

À Casa do Povo de Abraveses, ao NAVVD, em particular à Dr.^a Carla Andrade e à Dr.^a Ana Balula pela energia, pela atenção, pela inteira disponibilidade e acima de tudo, pela amizade. Obrigada!

À Dr.^a Carla Correia, pela oportunidade de aprendizagem e por me transmitir o mais crucial.

À Dr.^a Madalena Malva pela forma tão paciente e sempre tão atenciosa com a qual me ensina a aprender.

À Teresa, minha amiga do coração, por todo o companheirismo ao longo destes cinco anos, por me dar a mão e por me receber de braços abertos sempre e em qualquer circunstância. Juntas até aqui, juntas até sempre. Muito grata.

À Silvana e à Mariana, que mesmo longe, não se esquecem de mim e me dão o que de melhor eu poderia receber, a amizade.

À Eliana pela genuína amizade e por me imbuir em alegria.

À Carina, à Diana, à Sara e à Andreia pela amizade e por me fazerem sentir, através da simplicidade e do seu sorriso que a vida é bonita e possível de descomplicar.

À Andreia Pires, companheira de percurso. Pela paciência, por toda a troca de ideias que se tornaram essenciais nesta jornada.

À Sara Diaquino pela forma descontraída como encara a vida e pelo privilégio de trocar agradáveis ideias.

Ao Professor Doutor Pedro Almiro, pela disponibilidade em clarificar o que me parece tão complexo.

Ao Professor Doutor Luís Cunha pelo apoio e pelos esclarecimentos.

A todas as mulheres vítimas de violência doméstica que quebraram um silêncio ensurdecedor e, em muito colaboraram com esta investigação.

Palavras-chave

Violência doméstica; vítimas; sintomatologia psicopatológica; vinculação; intimidade; desenvolvimento pós-traumático

Resumo

A pertinência do estudo que aqui se apresenta prende-se com o facto de a problemática da violência doméstica ser multidimensional e complexa, devendo ser estudada e analisada nas suas diversas vertentes, constituindo um contributo no sentido de melhor compreender toda a vivência experienciada pela vítima. Este estudo, transversal, de natureza descritiva e correlacional, pretende, essencialmente conhecer e caracterizar variáveis subjacentes a mulheres vítimas de violência doméstica assim como, contribuir para um conhecimento teórico e clínico e intervenções mais eficazes neste âmbito. Para tal, foi recolhida uma amostra de 33 participantes vítimas de Violência Doméstica (VD) e acompanhadas pelo Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica de Viseu (NAVVD) em 2018 e utilizou-se um questionário sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Escala de Avaliação da Intimidade na relação (PAIR), Escala de Relações Próximas- Estruturas Relacionais (ERP-ER) e Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI). Os resultados obtidos permitem-nos concluir que as vítimas apresentam maior sintomatologia nas dimensões de obsessão-compulsão, ansiedade e ideação paranoide. A sintomatologia psicopatológica não se correlaciona com as características sociodemográficas das vítimas. O grupo que não se encontra atualmente numa relação indica maior perceção de recursos e competências pessoais e fortalecimento das relações interpessoais. O grupo que se encontra numa relação apresenta valores de evitamento mais elevados.

Key-words

Domestic Violence; Victims; symptomatology psychopathological; binding; intimacy; posttraumatic development

Abstract

The purpose of the study presented here is related to the fact that the problem of domestic violence is multidimensional and complex, which must be studied and analyzed in all the aspects, constituting a contribution to better understand all the experience experienced by the victim. Thus, this cross-sectional, descriptive and correlational study intends essentially to know and characterize the variables underlying women victims of domestic violence as well as to contribute to a theoretical and clinical knowledge and more effective interventions in this area. To that end, a sample of 33 participants who were victims of Domestic Violence (VD) and accompanied by the Victims of Domestic Violence Center of Viseu (NAVVD) were collected in 2018 and a sociodemographic questionnaire, Inventory of Psychopathological Symptoms (BSI), Relative Intimacy Rating Scale (PAIR), Relational Relationships-Relational Structures (ERP-ER), and Posttraumatic Development Inventory (PTGI) were applied. The results obtained allow us to conclude that the victims present greater symptomatology in the dimensions of obsession-compulsion, anxiety, as well as paranoid ideation. The symptomatology does not correlate with the sociodemographic characteristics of the victims. The group that is not currently in the relationship indicates a greater perception of personal resources and competences and the strengthening of interpersonal relationships. The group in a relationship has higher avoidance values.

Mots-clés

La violence domestique; Victimes symptomatologie psychopathologique; liaison; intimité; développement post-traumatique

Abstrait

La pertinence de l'étude présentée ici concerne le fait que le problème de la violence domestique est multidimensionnelle et complexe, qui doit être étudié et analysé sous ses diverses formes, comme une contribution à mieux comprendre toute l'expérience vécue par la victime. Par conséquent cette étude, la nature transversale, descriptive et corrélative, vise essentiellement à connaître et caractériser les variables sous-jacentes aux femmes victimes de violence familiale, ainsi que contribuer à une connaissance théorique et clinique et des interventions plus efficaces dans ce domaine. A cet effet, un échantillon de 33 participants victimes de violence familiale ont été recueillies (RV) et accompagné du Centre d'aide aux victimes de violence familiale de Viseu (NAVVD) en 2018 et a utilisé un questionnaire sociodémographique, symptôme psychopathologique Inventaire (BSI), Intimacy échelle d'évaluation dans la relation (PAIR), Relations avec Proximas- échelle Structures relationnelles (ERP-ER) et après l'inventaire du développement traumatique (PTGI). Les résultats obtenus permettent de conclure que les victimes présentent une plus grande symptomatologie dans les dimensions de l'obsession-compulsion, de l'anxiété, ainsi que de l'idéation paranoïde. La symptomatologie ne correspond pas aux caractéristiques sociodémographiques des victimes. Le groupe qui n'est pas actuellement dans la relation indique une plus grande perception des ressources et des compétences personnelles et le renforcement des relations interpersonnelles. Le groupe dans une relation a des valeurs d'évitement plus élevées.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
Sintomatologia Psicopatológica.....	14
Vinculação	15
Relações íntimas	18
Desenvolvimento pós-traumático	18
METODOLOGIA.....	20
Objetivos	20
Participantes.....	21
Instrumentos.....	22
Procedimentos.....	26
Análise dos dados	26
RESULTADOS	27
DISCUSSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS.....	41
Anexo A. Pedido de Autorização ao Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica	42
Anexo B. Consentimento Informado ao participante	43
Anexo C. Questionário Sociodemográfico	44
Anexo D. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	48
Anexo E. Escala de relações próximas – estruturas relacionais (ERP-ER).....	51
Anexo F. Escala de Avaliação na Intimidade na relação (PAIR).....	53
Anexo G. Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI).....	55
Anexo H. Correlação do BSI com o PAIR	57

INTRODUÇÃO

A experiência humana integra, desde sempre, a violência, cujo impacto pode ser observado em todo o mundo sob diversas formas. A violência é um problema visto com intolerância e os estigmas sociais que acarreta são evidentes, salientando-se a importância do dever e direito de qualquer um de nós poder denunciar episódios deste cariz (Pinteús, 2015). Estima-se que em cada ano, mais de um milhão de indivíduos sofram danos físicos ou percam a vida devido a atos de violência autoinfligida, interpessoal, assim como coletiva, constituindo-se esta como uma das principais causas de morte de indivíduos que se situam na faixa etária dos 15 aos 44 anos, em todo o mundo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Uma estimativa de 5.8 mil milhões são gastos anualmente como resultado de custos médicos, de saúde mental e perda de produtividade associada à violência por parceiros íntimos (VPI) (Prenzler & Fardell, 2017). Constituindo-se como um importante problema de saúde pública, assim como de direitos humanos, é uma questão fortemente associada a efeitos adversos à saúde mental quer para os agressores quer para as vítimas tais como, sintomas de transtorno de stress pós-traumático, aumento do abuso de substâncias e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida, não respeitando fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade ou grau de escolaridade (Guzmán-González, Lafontaine, & Levesque, 2016; Prenzler & Fardell, 2017; Sá & Werlang, 2013). Diferentes terminologias são usadas, na literatura, para indicar os abusos contra as mulheres. A violência de género refere-se à violência exercida pelos homens contra as mulheres em geral, a violência doméstica (VD) refere-se à violência em casa ou no seio familiar e a violência por parceiro íntimo (VPI) refere-se à violência cometida entre parceiros íntimos (Kolbrun Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2008).

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV, 2010), define e descreve VD, como qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não que inflija e imponha sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos, verbais, sociais e económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que habite habitualmente no mesmo espaço doméstico, ou que, não residindo, seja conjugue ou ex-cônjuge, companheiro(a) ou ex-companheiro(a), namorado ou ex-namorado(a), progenitor descendente comum que esteja ou estivesse numa situação análoga, ou que seja considerado ascendente ou descendente por consanguinidade, adoção ou simplesmente afinidade. Definição esta, que nos remete para

vários crimes, de cariz público, semipúblico ou particular, designadamente, ameaças, coações, maus tratos físicos e psicológicos, difamações, injúrias, violações de obrigações de alimentos, violações, abusos sexuais, homicídios, subtrações de menores e outros.

Na sequência de recomendações da Assembleia Mundial da Saúde, que assinala a VD como um problema de saúde pública prioritário que merece ser prevenido e, de acordo com um relatório elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a VD é definida como o:

“uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ato ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, perturbações do desenvolvimento ou privação” (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012, p. 33).

A Violência entre Parceiros Íntimos (VPI) abarca um padrão de comportamentos agressivos, que ocorrem no contexto de um relacionamento íntimo, cometidos por um parceiro íntimo atual ou do passado (Heise & Garcia-Moreno, 2002; World Health Organization -WHO, 2013; World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010). Este comportamento violento pode assumir múltiplas formas, nomeadamente, agressões físicas, violência sexual, coerção psicológica e emocional, assim como violência económica e social (European Union Agency for Fundamental Rights - EUAFR, 2014; Heise & Garcia-Moreno, 2002; Stöckl & Penhale, 2015; United Nations- UN, 2015). As agressões físicas, como por exemplo, bater, empurrar, agitar, morder, perfurar, arremessar objetos, a obstrução aos cuidados médicos, o controlo de acesso ou a coerção de consumo de determinados alimentos, bem como agressão com uma arma, causam uma ampla gama de lesões corporais na vítima (lesões faciais, traumatismos cranianos, ossos fraturados), podendo também, atentar contra a sua vida (Arabaci, Dikec, Buyukbayram, Uzunoglu, & Ozan, 2018; Stockman, Hayashi, & Campbell, 2015). A violência sexual engloba qualquer ato de coação sexual sobre a vítima, assim como qualquer execução de comportamentos sexuais não consentidos pela mesma, como por exemplo o assédio sexual, a violação conjugal, bem como comentários sexuais indesejados (EUAFR, 2014; UN, 2015). Como resultados associados à saúde sexual e reprodutiva, incluem-se gravidezes indesejadas, irregularidades menstruais, ardores durante a micção e maiores probabilidades de infeções ou doenças sexualmente transmissíveis (Arabaci, Dikec, Buyukbayram, Uzunoglu, & Ozan, 2018; Stockman et al., 2015). A coerção psicológica e emocional corresponde a uma forma de violência que pretende fragilizar a autoestima, a integridade pessoal, assim como a dignidade

da vítima. Habitualmente, esta é executada através de insultos, ofensas, ameaças, humilhação, isolamento, intimidação, controlo de comportamentos, desprezo, crítica, bem como menosprezo de habilidades, influenciando desfechos negativos tais como, transtornos mentais (depressões, distúrbios do sono, tentativas de suicídio, isolamento social, desenvolvimento de *stress* pós-traumático e transtornos de humor) (Stöckl & Penhale, 2015). Os atos de violência económica, como por exemplo, controlar o acesso ao dinheiro, a exclusão das decisões económicas, assim como a dificultação de acesso ou manutenção de um emprego, exercidos sobre estas vítimas, apresentam como objetivo potenciar a dependência financeira das mesmas, de forma a aumentar o poder e controlo que o agressor tem sobre elas (UN, 2015).

A VPI, segundo Segarbi (2016), comporta, ainda, outras tipologias de violência, nomeadamente, perseguição, bem como a agressão ou abuso de crianças, de parentes, de animais de estimação ou dano de propriedades com o intuito de molestar, assim como intimidar a vítima (cit. in Rioli et al., 2017). Este comportamento violento, habitualmente, assume uma combinação das diferentes formas de violência acima mencionadas, no entanto, alguns estudos referem que os danos causados pela VPI compreendem, essencialmente, a esfera física, sexual, bem como psicológica (cit. in Rioli et al., 2017; Krug et al, 2002). Na VPI, maioritariamente, os homens constituem-se como agressores e as mulheres como vítimas, causando geralmente mais prejuízo com as suas parceiras por causa da sua maior força, no entanto, atualmente, tem-se verificado, neste tipo de relacionamentos, um maior reconhecimento de vítimas masculinas (Davidovic, Bell, Ferguson, Gorski & Campbell, 2011; Smith et al., 2017).

De acordo com Kahuna (2013), a ocorrência de pelo menos um episódio de agressão doméstica na vida de uma pessoa foi relatada por 28.9% das 6790 mulheres estudadas e por 22.9 % dos 7122 homens. O "Terrorismo Íntimo" é o resultado de crenças que o homem deve controlar a "sua" mulher; é o uso sistemático da violência física, ameaças, dominância, isolamento e estratégias cuja finalidade é ganhar controlo e poder sobre a parceira. Este tipo de violência é frequentemente observado em parceiros masculinos que se encontram em programas de intervenção e cujas mulheres maltratadas se encontram em abrigos. De acordo com Stockman et al. (2015) mulheres de minorias étnicas são desproporcionadamente afetadas por violência por parceiros íntimos (Stockman et al., 2015). Uma outra forma de violência que tem vindo a ser discutida é o “casal situacional violento” que surge de forma menos intencional provocado por conflitos de proporções inesperadas. Este tipo de violência

pode ser iniciado por qualquer parceiro e raramente se torna contínua, sendo observado em amostras da população em geral e associada frequentemente com a agressão psicológica mais comum (Kanuha, 2013). Considerando a prevalência e as graves consequências da violência doméstica, investigadores têm procurado uma melhor compreensão da agressão nos relacionamentos do adulto, um entendimento que pretende contribuir para o desenvolvimento de intervenções eficazes. Como exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012) dispõe de um modelo ecológico que considera fatores de risco para a violência doméstica e abusos. Estes operam ao nível do indivíduo e incluem idade jovem, pessoas com incapacidades, pessoas que vivenciam cenários de pobreza realçando a relação entre economia e VD, abusos na infância e abusos de substâncias (Oram, Khalifeh, & Howard, 2017).

Sintomatologia Psicopatológica

A violência doméstica é o fenómeno da violência presente na família. As famílias afetadas são geralmente famílias disfuncionais que apresentam relações patológicas entre os membros do casal, sendo a violência um problema que afeta a integridade física e mental do indivíduo e põe em risco a vida das vítimas. Os indivíduos que pertencem a essas famílias estão expostos a um risco maior do que quaisquer outras potenciais vítimas de outros tipos de violência (Camelia & Ioana, 2015).

De acordo com Ahmadzad-Asl (2016), existe uma intensa correlação entre violência doméstica e saúde mental, identificando sintomas depressivos e de ansiedade com maior prevalência entre mulheres no período reprodutivo (15-44anos), mostrando ainda, que os transtornos mentais comuns são significativamente maiores em mulheres do que em homens. As diferenças de género são evidentes em diferentes estudos desenvolvidos por todo o mundo. Parece que pode haver algo mais do que alterações fisiológicas e hormonais de suscetibilidade à depressão e ansiedade em mulheres. Considerando a hipótese significativamente maior da mulher ser vítima de VD, a verdade é que as mulheres têm alguns outros tipos de fatores de risco para problemas de saúde mental, tais como os fatores de risco sociais que incluem VD. A probabilidade de desenvolvimento de um quadro depressivo ou de ansiedade parece aumentar quando ocorre um episódio de violência doméstica. No entanto, e apesar do impacto da violência física no desenvolvimento da ansiedade revelar valores significativos, não se mostra tão proeminente no que se refere à depressão (Ahmadzad-Asl,

Davoudi, Zarei, Mohammad-Sadeghi, & Rasoulilian, 2016). O estudo de Blasco-Ros e colaboradores (2010) examinou o estado de saúde mental em mulheres que tinham sido expostas a agressões psicológicas por parceiros íntimos e agressões físicas e psicológicas concomitante por parceiros íntimos, durante um período de acompanhamento de três anos. A avaliação inicial indicou que ambos os grupos de mulheres vítimas tiveram sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como uma maior incidência de pensamentos e tentativas de suicídio do que o grupo controle de mulheres que não foram vítimas (Blasco-Ros et al., 2010). Neste contexto, a análise das repercussões psicológicas e psicopatológicas manifestadas pelas vítimas de violência doméstica reveste-se de uma singular complexidade e importância, face ao seu impacto nas diferentes áreas da vida destas mulheres (Pinto, 2009). De acordo com Sá e Werlang (2013) foi possível identificar que quer os estilos de personalidade, como a sintomatologia decorrente da vivência de violência apresentam resultados muito semelhantes, independentemente do local em que o estudo foi desenvolvido. Ou seja, em diferentes contextos e culturas, as características das mulheres maltratadas são muito semelhantes (Sá & Werlang, 2013).

Evidências mencionadas no estudo de Kessler et al. (2001) apoiam a hipótese de que as preexistências de problemas mentais afetam o subsequente surgimento de violência doméstica. Em primeiro lugar, a violência doméstica apresenta continuidade intergeracional, pelo que algumas pessoas criadas em famílias abusivas tendem a envolver-se em relações abusivas enquanto adultos. Em segundo lugar, a exposição à violência familiar na infância é um fator de risco para transtornos mentais precoces. E, terceiro, com transtornos mentais precoces, a variedade de consequências conjugais aumentam, inclusive a probabilidade de casamento precoce, a probabilidade de casar com um parceiro que também sofre de um transtorno mental e uma maior probabilidade de divórcio. Desta forma, transtornos mentais preexistentes, também são fatores de risco para a violência doméstica (Kessler, Molnar, Feurer, & Appelbaum, 2001).

Vinculação

Nos últimos 30 anos, os estudos sobre vinculação desenvolveram-se consideravelmente (Moreira, Martins, Gouveia, & Canavarro, 2015). O ser humano, desde que nasce, necessita de cuidados especiais para sobreviver e com o passar do tempo e os eventos de vida, sejam eles positivos ou negativos ao desenvolvimento humano, torna-se necessário a

interação do indivíduo com o seu meio social. O apoio social é um processo de interação entre o indivíduo e o meio social, evoluindo e sendo moldado por reciprocidade. O apoio familiar é um fator de proteção que se, identificado, promove resiliência nomeadamente em ambientes onde o risco é elevado como em situações de violência doméstica (Mayer, 2002).

A qualidade das interações com as figuras de vinculação na infância resulta no desenvolvimento de modelos internos que organizam o afeto, a cognição e o comportamento. Estes modelos permitem moldar a qualidade e a formação de relacionamentos próximos ao longo da vida. Um exemplo disso é a vinculação romântica no adulto, que pode ser conceitualizada de acordo com duas dimensões independentes: a ansiedade pelo facto de pensar que poderá ser abandonado ou o evitamento da intimidade. A ansiedade pelo medo do abandono engloba um modelo negativo e é definido como preocupações pelo facto de ser abandonado e com dúvidas enraizadas sobre a própria amabilidade. Em contraste, o evitamento da intimidade constitui um modelo negativo dos outros que é entendido por desconforto com proximidades e definido ainda, pela dificuldade em confiar nos outros. Níveis elevados de ansiedade/evitação à vinculação, indicam maior insegurança e níveis mais baixos indicam maior segurança. Já a ansiedade face a estímulos sociais, encontra-se associada a dificuldades interpessoais nas interações com estranhos ou conhecidos e a dificuldade na formação de relacionamentos. Desta forma, indivíduos socialmente ansiosos relatam ter redes sociais menores e são mais propensos a não ter amigos íntimos (Mayer, 2002).

A provisão de apoio social é uma importante função das relações românticas, uma vez que beneficia a capacidade do indivíduo lidar com situações de *stress*, ou seja, uma provisão de recursos psicológicos e materiais. Assim sendo, o suporte social está associado a resultados benéficos que incluem melhorias físicas, saúde mental, maior satisfação com o relacionamento e diminuição da probabilidade de divórcio. Estamos desta forma, perante dois construtos de apoio social mencionados na literatura: o suporte que se define pela medida em que o indivíduo percebe que o suporte está ou não disponível; e o apoio que constitui a frequência com que o indivíduo é o destinatário. Sugere-se que o apoio percebido constitui um forte preditivo de resultados mais positivos (Porter & Chambless, 2016). O modelo de investimento explica que a dependência aumenta não somente como consequência do aumento da satisfação, mas porque os inúmeros recursos importantes são investidos num só relacionamento. O compromisso resume-se à natureza subjetiva do indivíduo e à

dependência do parceiro (Guzmán-González et al., 2016). A pesquisa da VPI examinou detalhadamente a divulgação por parte das vítimas face à agressão que vivenciam, visando estudar os apoios sociais informais (amigos, família) e os apoios formais (forças policiais, recursos comunitários), pelo que, as mulheres jovens divulgam com mais frequência, a agressão vivenciada a apoios informais, assim sendo considera-se que estes desempenham um papel importante no bem-estar das vítimas. Foi demonstrado que as mulheres experienciam um vasto leque de reações positivas (apoio emocional, apoio prática e tangível, ser ouvida), embora experienciem também reações negativas (evitar a vítima, culpá-la, minimizar o abuso) (Edwards & Dardis, 2016). As mulheres que são abusadas por um membro da família próximo sofrem emocionalmente e fisicamente face aos abusos de que foram vítimas. Sendo humilhadas pelo seu agressor, a sua autoimagem e autoestima são destruídas, e o seu funcionamento psicossocial tende a ficar prejudicado, vulnerabilizando-as e tornando-as menos seguras de si, dos seus limites pessoais e valores (Kolbrun & Orlygsdottir, 2008; Adeodato et al., 2005). Nesta condição da VPI, a resiliência psicológica torna-se um importantíssimo contributo para as vítimas superarem a situação. Existem, contudo, muitos fatores que afetam a resiliência e estes podem agrupar-se em três categoriais: a harmonia e o apoio familiar, as características pessoais e estruturais e os sistemas de apoio que derivam do exterior (apoio social). A harmonia e o apoio familiar incluem relacionamento com pelo menos um dos pais ou figuras parentais. As características pessoais incluem atitudes e comportamentos positivos por forma a enfrentar a situação (aceitação, humor, flexibilidade, otimismo, habilidades de comunicação, autoeficácia, capacidade de desenvolvimento pós-traumático) e os sistemas de apoio que provêm do exterior incluem amigos, professores, vizinhos, que apoiam os esforços para enfrentar e lidar com as adversidades. É curioso como a exposição a situações de risco (VD) pode desenvolver efeitos positivos na formação de resiliência ou, o invés, diminui-la e conduzir a perturbações mentais (Arabaci et al., 2018).

De acordo com um estudo desenvolvido por Shearson (2017), as vítimas procuram ajuda instrumental para terminar ou sair da relação, juntamente com a proteção contra a violência futura, que é uma antecipada repercussão da partida. Existe nesta fase um medo que é fundamentado pelo medo intenso do parceiro, e acompanhado por um medo ainda mais forte em sair da relação. A ajuda e o apoio irão promover nas vítimas a capacidade para tomar decisões, englobando a validação, a advocacia, a facilitação, a orientação, a direção e o *empowerment* (Shearson, 2017). A OMS (2012) refere que uma das razões pelas quais as

mulheres não terminam relacionamentos abusivos deve-se à escassez de apoio por parte da família e amigos (Rodrigues, 2015).

Relações íntimas

Os seres humanos vivem em sociedades compostas por redes familiares, de amizade, de trabalho e de intimidade. As relações íntimas podem servir para satisfazer a nossa necessidade de "*amor e pertença*" que permitem a expressão de pensamentos e sentimentos de forma livre. O estabelecimento e a manutenção de vínculos íntimos desempenha um papel elementar na vida do indivíduo, exercendo uma influência na saúde física e mental deste (Moore, McCabe, & Stockdale, 1998; Moreira, Amaral, & Canavarro, 2009). A confiança, por sua vez, torna-se também um elemento substancial uma vez que faculta segurança ao indivíduo para que este revele assuntos pessoais (Moreira et al., 2009). A violência contra a mulher na intimidade tem sido conceptualizada como uma violação séria dos direitos humanos. A questão da intimidade é o desvendar do mais privado e íntimo, da personalidade, das emoções, motivações e expressão dos sentimentos íntimos, que tende a aumentar ao longo do tempo da relação (Matos, 2006). A validação pessoal, como componente da intimidade, é o sentimento de aceitação do outro e permite abertura e auto-revelação. Esta pode envolver partilha de sofrimento, sensações desagradáveis como dor, tristeza, preocupações, ansiedade, vergonha ou insegurança. (Moreira, et al., 2009; Vandenberghe & Pereira, 2005).

A violência nas relações de intimidade (VRI) inclui atos de agressão física, sexual, abuso emocional e outros comportamentos controladores perpetrados pelo cônjuge, parceiro(a), namorado(a) da vítima ou progenitor(a) de filho comum, podendo ocorrer durante a relação ou após o seu término. A violência no domínio sexual é considerada violação, sem o consentimento do outro, altamente prevalente e que frequentemente resulta num sofrimento psicológico considerável para as vítimas (Arttime & Peterson, 2015). As violações resultam de intoxicações, ameaças e força, sendo que 18% das mulheres declaram ter sido violadas (Arttime & Peterson, 2015; Clara & Magalhães 2011).

Desenvolvimento pós-traumático

Embora o VPI esteja associado a problemas de saúde entre as mulheres, geralmente as suas manifestações mais comuns são o Transtorno de Stress Pós-Traumático (PTSD) e

depressão. Os efeitos psicológicos da violência podem conceitualizar-se dentro de uma estrutura de trauma, mas a complexa apresentação de vítimas pode ser capturada com o conceito de *stress* pós-traumático tendo em conta a frequente exposição a controlos, perseguições e agressões o que afeta significativamente os modelos de funcionamento interno ou as representações mentais de si ou do outro. As vítimas de violência tornam-se assim vulneráveis a PTSD que reúne um complexo de sintomas intrusivos, de evitamento e de excitação que incorporaram mudanças nas atitudes das vítimas sobre elas próprias, sobre o agressor, sobre os relacionamentos, crenças e valores e podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologias (Howard, 2012; Overstreet, Willie, Hellmuth, & Sullivan, 2015; Sandberg, Suess, & Heaton, 2010).

Desta forma, experiências traumáticas podem desencadear mudanças negativas como exemplo, os sentimentos de ineficácia, vergonha, desesperança, desamparo, hostilidade, sentir-se permanentemente danificado e ameaçado; crenças sustentadas, isolamento social, relações prejudicadas com os outros ou uma mudança das características de personalidade. Contudo, o conceito de desenvolvimento pós-traumático é empregado para expressar as mudanças psicológicas positivas que advêm após uma luta séria (Howard, 2012; Sandberg et al., 2010). De acordo com Arabaci et al. (2018) o desenvolvimento/crescimento pós-traumático inclui as mudanças positivas em três áreas, sendo elas, a força das redes de apoio social, o aumento de recursos pessoais e a aquisição de enfrentamentos eficazes. Estas mudanças podem desenvolver-se repentinamente ou ao longo do tempo após o episódio traumático (Arabaci et al., 2018). Com base no referido, o construto da resiliência psicológica vai permitir ao indivíduo enfrentar e superar experiências traumáticas ou adaptar-se a eventos imprevisíveis da vida, lidando com o sucesso ou o insucesso destes. Assim sendo, a capacidade de resiliência será todo um processo construído pelo indivíduo que lhe permite adaptar-se a fatores stressantes como mortes ferimentos graves, ameaças, violências, traumas, problemas familiares e relacionais, problemas de saúde, de trabalho ou económicos. O *stress* torna-se o resultado destas condições e da quantidade de recursos perdidos, bem como da possibilidade de os vir a perder ou da sua irrecuperável utilização. De acordo com um estudo desenvolvido por Arabaci et al. (2018), que analisou o desenvolvimento pós-traumático e a resiliência psicológica de mulheres com histórico de violência doméstica e em tratamento para a saúde mental, foi possível perceber que existia efetivamente um desenvolvimento positivo pós-

traumático como resultado dos relacionamentos, auto percepções e filosofias de vida. Os níveis de resiliência revelaram-se desajustados, no entanto prendiam-se com a coerência familiar, competência social, percepções e objetivos do futuro, auto percepções e estrutura pessoal.

METODOLOGIA

Objetivos

A VD constitui-se como uma problemática relevante na realidade portuguesa. Desta forma, este estudo, transversal, de natureza descritiva e correlacional, pretende, essencialmente:

- 1) Examinar a existência de sintomas primários, como as obsessões-compulsões, somatização, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo nas vítimas de violência doméstica;
- 2) Verificar a relação existente entre a sintomatologia e as variáveis sociodemográficas (escolaridade, profissão);
- 3) Analisar o grupo que assistiu a episódios de violência doméstica entre os pais na infância/adolescência e, se este, apresenta diferenças na sintomatologia psicopatológica face ao grupo que não assistiu;
- 4) Verificar se o grupo de mulheres que assistiu a episódios de violência entre os pais na infância/adolescência apresenta diferenças nas relações de intimidade nomeadamente na abertura ao exterior, validação pessoal, convencionalidade e comunicação em relação ao grupo que não assistiu;
- 5) Analisar a influência dos vários tipos de violência no desenvolvimento pós-traumático e verificar se os atos de violência física se relacionam com a depressão e a ansiedade;
- 6) Verificar se as relações próximas/vinculação se relacionam com o desenvolvimento pós-traumático;
- 7) Perceber se o grupo de mulheres que não se mantém atualmente numa relação indica diferenças significativas no desenvolvimento pós-traumático face ao grupo que se mantém na relação;
- 8) Analisar níveis de ansiedade e evitamento nos dois grupos.

Participantes

Para a realização deste estudo, considerou-se como amostra mulheres ($N=33$) com idades compreendidas entre 18 e 68 anos ($M=43.33$; $DP= 12.82$), que possuam o estatuto de vítima e com isso, terem sido acometidas a pelo menos, um episódio de VD, sendo estes os critérios de seleção. Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica da amostra em estudo. A maioria das participantes tem escolaridade até ao 3º ciclo (63.6%) e 21.2% tem ensino secundário. Na sua maioria, as participantes encontram-se desempregadas (54.5%), sendo que 15.2% são domésticas. Verificou-se que 63.6% das participantes não têm quaisquer rendimentos e 30.3% têm rendimento mínimo. Em relação a apoios sociais dos quais possam beneficiar, 42.4% beneficia deste apoio, sendo que 78.6% dessas participantes recebem o Rendimento Social de Inserção (RSI). Quanto ao meio onde habitam, 54.5% declara viver em meio urbano e 45.5% em meio rural. Das vítimas inquiridas 81.8% tem filhos, sendo que a média do número de filhos é de 2.5 ($DP=1.347$) e a média de idades é de 15 anos ($DP=7.071$).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica

<i>Variáveis</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	33	100
Idade	<i>M</i>	<i>Intervalo</i>
Idade da amostra total	43.33	18-68
Escolaridade	<i>N</i>	<i>%</i>
Analfabeto	1	3
Até 3º ciclo	21	63.6
Ensino secundário	7	21.2
Licenciatura	4	12.2
Profissão	<i>N</i>	<i>%</i>
Desempregado	18	54.5
Doméstica	5	15.2
Outros	10	30.3
Rendimentos	<i>N</i>	<i>%</i>
Sem rendimentos	21	63.6
Salário mínimo	10	30.3
2 a 4 salários mínimos	2	6.1
Apoio social	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	14	42.4
RSI	11	78.6
Não	19	57.6
Meio	<i>N</i>	<i>%</i>
Rural	15	45.5
Urbano	18	54.5
Filhos	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	27	81.8
Não	6	18.2

Instrumentos

De modo a operacionalizarem-se os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados os seguintes instrumentos: em primeiro lugar um questionário sociodemográfico (Anexo C), construído no âmbito do presente estudo, e constituído por duas seções; a primeira seção diz respeito a questões fechadas relacionadas com a idade, sexo, escolaridade, profissão, rendimento mensal, existência de algum apoio social, meio em que reside (rural ou urbano), número de filhos e composição do agregado familiar. A segunda seção respeita questões mistas acerca da antiga ou atual relação abusiva,

se se encontra satisfeito com a mesma caso se mantenha nela ou se já tentou sair desta alguma vez e os motivos pelos quais não o fez; os tipos de violência que experiencia e os comportamentos adotados durante os episódios violentos; os motivos que acredita terem levado à agressão; se assistiu a episódios violentos durante a infância e/ou adolescência; quem era o agressor (pai ou mãe); a frequência destes e os tipos; e o que fez após os episódios de violência.

Utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis; versão portuguesa, Canavarro, 2007) constituído por 53 itens (Anexo D). Os itens deste questionário são cotados através de uma escala de Likert de 5 pontos, variando de “nunca” a “muitíssimas vezes” (Canavarro, 2007). Este inventário permite perceber o grau com que cada problema o incomodou durante a última semana e avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia (Somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas (IGS), índice de Sintomas Positivos (ISP) e total de Sintomas Positivos (TSP)). Os índices Globais permitem avaliações sumárias de perturbação emocional, isto é, avaliam o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado. Numa ótica clínica, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que tem supremacia no indivíduo perturbado (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010; Lopes, 2015). O valor da consistência interna foi verificado por Canavarro (2007), tendo registado valores do coeficiente alfa de Cronbach que variam entre .62 para a ansiedade fóbica e .85 para a depressão. Os valores de consistência interna no artigo de validação original variaram entre .71 na dimensão do Psicoticismo até ao valor de .85 para a Depressão (Derogatis & Spencer, 1982), revelando que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas. Neste estudo, foram observados valores do coeficiente alfa de Cronbach que variam entre .28 para a ideação paranoide e .87 para a somatização.

Utilizou-se a escala de Experiências em Relações Próximas - Estruturas Relacionais (ERP-ER; Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh; versão portuguesa, Moreira & Canavarro, 2011) (Anexo E). Este, é um instrumento de autorresposta que permite avaliar o grau de dimensões de ansiedade e evitamento da vinculação em diferentes relações próximas (mãe ou figura materna, pai ou figura paterna, companheiro e melhor amigo) ou nas relações próximas em geral. É constituído por 9 itens, distribuídos pelas subescalas de ansiedade (3 itens)

e evitamento (6 itens). Para cada figura relacional são utilizados os mesmos 9 itens, no entanto neste estudo utilizou-se a versão das relações próximas em geral (Moreira et al., 2015)., O artigo de validação original relativamente à consistência interna apresenta um valor do coeficiente alfa de Cronbach de .94 para a dimensão do Evitamento e de .91 para a Ansiedade (Brennan et al., 1998) e o artigo de validação para a população portuguesa indica um valor do coeficiente alfa de Cronbach de .93 para a dimensão da Evitamento e .87 para a Ansiedade (Moreira et al., 2006). Neste estudo, verificou-se um valor do coeficiente alfa de Cronbach de .75 para o evitamento e .85 para a ansiedade.

Foi ainda utilizada a Escala de Avaliação de Intimidade na Relação (PAIR; Shaefer & Olson; versão Portuguesa, Moreira & Canavarro, 2007), um instrumento de autorrelato que avalia o grau de intimidade percebida por um indivíduo numa relação amorosa (Anexo F). Foi concluído pelas autoras que o PAIR é uma medida consistente do constructo de intimidade, uma vez que apresenta índices de fiabilidade elevados, à semelhança de índices elevados de consistência interna, validade divergente e validade convergente (Lopes, 2012). É constituído por 36 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, que variam entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A versão portuguesa é constituída por 3 fatores, dos quais a validação pessoal constituída por 14 itens, a comunicação constituída por 10 itens e a abertura ao exterior constituída por 5 itens. Incluí ainda, uma escala de Convencionalidade que avalia a desejabilidade social presente nas respostas do indivíduo, sendo esta, constituída por 6 itens Este instrumento, que pode ser utilizado em todos os níveis de relações diádicas, permite avaliar o grau em que cada parceiro se sente íntimo nas várias dimensões da sua relação (intimidade percebida) e, simultaneamente, avaliar o grau de intimidade desejado nessa mesma relação. Os estudos psicométricos finais do PAIR revelaram valores de alfa de Cronbach situados acima de .70, indicando uma consistência interna razoável e para a versão portuguesa do PAIR, os índices de fiabilidade apresentados (alfa de Cronbach e SplitHalf) para o total da escala, para a escala de Convencionalidade e para os fatores Validação Pessoal e Comunicação, apresentaram-se elevados (Moreira et al., 2009; Schaefer & Olson, 1981). Neste estudo, foram observados valores do coeficiente alfa de Cronbach que variam entre .67 para a abertura ao exterior e .89 para a comunicação.

Por último, utilizou-se o Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (PTGI; Tedeschi & Calhoun; versão portuguesa, Silva & Canavarro, 2009), um questionário de au-

torresposta, constituído por 21 itens, respondidos numa escala que varia de 0 (“Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento adverso”) a 5 (“Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento adverso”); permite avaliar a ocorrência de mudanças psicológicas positivas conseguidas através dos esforços empreendidos para lidar com acontecimentos de vida hostis (Anexo G). A versão portuguesa é constituída por 4 fatores, sendo as dimensões avaliadas, a perceção de recursos e competências pessoais, constituído por 6 itens que são fruto de um conjunto de aprendizagens e mudanças positivas na perceção de si mesmo e dos seus recursos e competências. Este fator cita a uma maior auto-perceção de competência e auto-suficiência na orientação da vida, de maior força pessoal e resistência face aos acontecimentos adversos e de maior capacidade de aceitação de efeitos negativos. O segundo fator avalia as novas possibilidades e valorização da vida, sendo constituído por 6 itens que indicam mudanças relacionadas com uma nova conceptualização de vida, manifestando-se numa maior valorização da vida, numa nova hierarquia de prioridades e numa maior abertura à mudança, bem como a novos interesses e possibilidades de vida. O terceiro fator avalia o fortalecimento das relações interpessoais, reunindo 6 itens convincentes de mudanças que se traduzem numa revalorização e reaproximação em relação aos outros consideráveis, consciencialização da falta de apoio e de ser apoiado e numa maior disponibilidade para a partilha de afetos e emoções. O último fator respeita o desenvolvimento espiritual, incluindo 3 itens que revelam todo um fortalecimento espiritual e do desenvolvimento e incremento de uma atitude mais empática, altruísta e solidária face aos outros (Silva, Moreira, Pinto & Canavarro, 2009). No PTGI considera-se ainda, a existência de um fator total de Desenvolvimento Pós-Traumático que consiste no somatório de todas as pontuações obtidas. A adaptação para a população portuguesa de Silva, Moreira, Pinto, Sousa e Canavarro (2009) é a que se irá utilizar (Caeiro, 2014).

A versão portuguesa que avalia quatro dimensões: Perceção de recursos e competências pessoais possui uma consistência interna de .92. As dimensões de novas possibilidades e valorização da vida indicam uma consistência interna de .89; o Fortalecimento das relações interpessoais assume .91 como consistência interna, por último o Desenvolvimento Espiritual assume uma consistência interna de .78. De forma geral, a escala obteve uma boa consistência interna ($\alpha = .94$), demonstrando ser adequado para a população portuguesa. Por último, no presente estudo foram observados valores do coeficiente alfa de Cronbach que

variavam entre .38 para o desenvolvimento espiritual e .89 para percepção de recursos e competências pessoais.

Procedimentos

Em investigação é de extrema importância que se sigam princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, como incute a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) que promulga padrões éticos capazes de promover e garantir o respeito por todos os seres humanos e a proteção da sua saúde e direitos. Desta forma, é dever do investigador proteger a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito à autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal dos sujeitos. Algumas participantes do estudo solicitaram o acompanhamento por livre vontade ou foram encaminhadas pelas forças policiais para os serviços do Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica (NAVVD) de Viseu, encontrando-se em acompanhamento psicossocial. Outras, igualmente acompanhadas pelo NAVVD, mas acolhidas no Centro de Acolhimento de Emergência a Vítimas (CAEV), valência do NAVVD. Os termos e objetivos foram devidamente explicados, aquando do convite para a participação do estudo, de modo a que as mesmas possam aceitar essas condições. Outro procedimento refere-se à entrega a cada participante do consentimento livre e esclarecido (Anexo B), garantindo-se a sua participação voluntária e o anonimato e confidencialidade dos dados. Todas as mulheres que concordaram e assinaram o termo de consentimento informado livre e esclarecido, previamente aprovado pela Supervisora da dissertação da Universidade de Aveiro e pelo NAVVD de Viseu, foram incluídas na investigação. O contacto com as participantes deste estudo realizou-se de forma direta e pessoal pela investigadora, sem intermediários, no gabinete de atendimento social do NAVVD e no gabinete de atendimento social do CAEV de Viseu.

Análise dos dados

O tratamento estatístico realizou-se com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 24. De forma a analisar os resultados utilizámos medidas descritivas (média e desvio padrão). Utilizou-se estatística não paramétrica dado que a amostra não apresenta uma distribuição normal tendo, tal pressuposto sido verificado através do cálculo do teste do *Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk*. Efetuaram-se os testes de *Mann-Whitney (U)*

e *Kruskal-Wallis* para analisar as diferenças entre as relações próximas e íntimas, sintomatologia psicopatológica e desenvolvimento pós-traumático em função dos diferentes tipos de violência, escolaridade, profissão, número de filhos, apoios sociais e episódios de violência entre os pais durante a fase infantil e adolescente. Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman (rho)* para quantificar as relações entre as variáveis, como por exemplo, a relação entre as variáveis da validação pessoal, abertura ao exterior, comunicação, convencionalidade; a ansiedade e evitamento; os tipos de violência e o facto de estarem atualmente numa relação ou casamento.

Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney (U)*, para averiguar a existência de diferenças entre o grupo que assistiu a episódios de violência entre os seus pais na infância/adolescência e os que não assistiram, relativamente, às dimensões da escala BSI e PAIR no entanto não se encontraram diferenças estatisticamente significativas (o valor do p-value mais pequeno, encontrado nesta bateria de testes foi de 0.102).

RESULTADOS

No que concerne ao facto das participantes se encontrarem atualmente em algum relacionamento 75.8% indica não se encontrar em nenhum relacionamento e 24.2% indica encontrar-se atualmente num relacionamento. Destas participantes que estão envolvidas num relacionamento atual, 37.5% diz não estar nada satisfeito com essa relação e 25% diz estar muito satisfeita. A grande maioria das participantes tentou sair da relação (54.5%), sendo que das 45.5% que não tentou sair da relação, 46.7% menciona não o ter feito pelos filhos. Na tabela 1, encontram-se descritos os tipos de violência dos quais as mulheres foram vítimas, sendo a mais prevalente a violência psicológica (100%), seguindo-se a violência verbal (93.9%). Na tabela 2, encontra-se a caracterização dos comportamentos adotados por estas durante esses atos de violência, onde a maioria das vítimas indica que se tentou defender (60.6%). Quanto ao facto de estas se sentirem responsabilizadas por despoletar os atos de violência, a grande parte considera nunca se ter sentido responsável (84.8%) e 15.2% considera sentir-se algumas vezes responsável, como está descrito na tabela 3.

Tabela 1. Caracterização dos tipos de violência exercidos

Violência	N	%
Física	26	78.8
Verbal	31	93.9
Psicológica	33	100
Social	22	66.7
Econômica	14	42.4
Sexual	12	36.4

Tabela 2. Caracterização dos comportamentos adotados durante os atos de violência

Comportamento	N	%
Fugiu para algum local	14	42.4
Escondeu-se em algum local	6	18.2
Tentou parar a situação	11	33.3
Tentou defender-se	20	60.6
Pediu ajuda a alguém	15	45.5
Suicídio	6	18.2
GNR	1	3
Permitiu	2	6.1

Tabela 3. Caracterização da responsabilização por despoletar os atos de violência

Responsabilização	N	%
Nunca	28	84.8
Algumas vezes	5	15.2

Das participantes, 60.6% refere não ter assistido a episódios de violência entre os seus pais na infância ou adolescência e 39.4% afirma ter assistido a episódios de violência, sendo que o agressor (pai ou mãe) e os tipos de violência exercidos por estes se encontram descritos na tabela 4.

Tabela 4. Caracterização dos episódios de violência entre os pais assistidos durante a infância ou adolescência

Agressor	N	%
Mãe	2	15.4
Pai	11	84.6
Tipos de violência exercidos pela mãe	N	%
Verbal	2	100
Psicológica	2	100
Abandono	2	100
Negligência	2	100
Tipos de violência exercidos pelo pai	N	%
Física	9	81.8
Verbal	9	81.8
Psicológica	8	72.7
Econômica	11	100
Social	3	27.3

No que respeita à caracterização dos episódios de violência entre os pais, 69.23% das vítimas indica que estes eram muito recorrentes e 15.4% indica que esses episódios aconteciam por vezes. Em relação à caracterização dos comportamentos adotados durante esses atos de violência entre os pais, a maioria refere que tentava proteger a vítima (46.2%).

Os resultados demonstraram que 87.9% das mulheres vítimas de VPI apresentam um Índice de Sintomas Positivos (ISP) superior ou igual a 1.7 e, portanto, podem ser consideradas como pessoas com perturbação emocional, enquanto 12.1% destas vítimas. apresentam um ISP inferior a 1.7, sendo, por isso, consideradas como indivíduos da população em geral.

Foi verificado que os sintomas psicopatológicos não apresentam diferenças significativas relativamente ao nível de escolaridade e rendimento mensal, no entanto, a variável comunicação apresenta diferenças significativas relativamente ao nível de escolaridade ($p=.026$), encontrando-se diferenças significativas entre as mulheres que têm licenciatura ($M=18.25$; $DP= 5.56$) e as que têm o 1º ciclo do ensino básico ($M=4.85$; $DP= 3.13$).

Quando se estuda a amostra pela variável “recebe apoio social” conclui-se que existem diferenças significativas para as variáveis psicoticismo ($p=.029$), valorização e orientação de vida ($p=0.038$), abertura ao exterior ($p=0.038$) e validação pessoal ($p=.032$); sendo que as mulheres que não recebem apoio social apresentam valores mais elevados de valorização e orientação de vida ($M=3.42$; $DP=1.11$), abertura ao exterior ($M= 7.21$; $DP= 4.56$), validação pessoal ($M= 22.95$; $DP= 10.34$); as mulheres que recebem algum tipo de apoio social apenas apresentam valores mais elevados de psicoticismo (1.5571 ; $DP= .867$). Verificou-se uma correlação significativa e negativa entre a ansiedade fóbica e o tempo de violência sofrida ($r=-.54$, $p=.043$).

Verificou-se através do teste de *Mann-Whitney (U)*, que dimensões da depressão ($p=.682$) e ansiedade ($p=.450$) não apresentam diferenças estatisticamente significativos nos grupos que sofreram e não sofreram violência física, no entanto, o fortalecimento das relações interpessoais apresentam diferenças marginalmente significativas nos dois grupos ($p=.054$), apresentando o grupo que sofreu violência física maiores valores de depressão. Também se concluiu que as vítimas de violência social atribuem mais significado às dimensões da valorização e orientação de vida ($p=.044$).

O grupo que não se encontra atualmente num relacionamento/casamento tem uma média de evitamento mais elevado ($M= 4.8667$; $DP= .69389$; $p=.036$). Reportamos também, que re-

lativamente à comunicação e à abertura ao exterior existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao estar e não estar numa relação ($p=.009$ e $.022$, respetivamente), apresentando o grupo que se encontra numa relação, níveis mais elevados de comunicação e abertura ao exterior. Notou-se ainda uma significância marginal da dimensão ansiedade ($p=.055$) em relação aos dois grupos, sendo que o grupo que se encontra numa relação apresentou níveis de ansiedade mais elevados.

De notar ainda, que o grupo que está (não está) numa relação apresentam diferenças estatisticamente significativas relativamente às dimensões de perceção de recursos e competências pessoais ($p=.022$), de fortalecimento das relações interpessoais ($p=.022$) e o total destas variáveis ($p=.015$), apresentando o grupo que não se encontra numa relação valores mais elevados das dimensões. Relativamente à dimensão valorização e orientação de vida a significância é apenas marginal ($p=.061$), apresentando o grupo que não se encontra numa relação valores mais elevados desta dimensão. Verificou-se que o evitamento aumenta quando correlacionado com a dimensão da perceção de recursos e competências pessoais ($p=.43$) e a dimensão de fortalecimento das relações interpessoais ($p=.46$).

Nenhuma dimensão do BSI (Somatização, depressão, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo, índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos) se correlaciona com as dimensões da escala PAIR (validação pessoal, comunicação, abertura ao exterior e convencionalidade). (Anexo H)

DISCUSSÃO

A presente investigação permitiu recolher dados atuais acerca das vítimas de violência doméstica nas relações íntimas, incidindo sobre a violência sofrida, o tipo de sintomatologia psicopatológica, o impacto nas relações próximas das vítimas e no desenvolvimento pós-traumático. Após a pesquisa bibliográfica e ao longo da revisão da literatura, denotou-se a existência de já vários estudos comparativos com este tipo de população, nomeadamente ao nível da sintomatologia psicopatológica que este flagelo despoleta nas vítimas. Identificaram-se ainda alguns estudos elaborados no âmbito do desenvolvimento pós-traumático experienciado pelas vítimas.

Através da análise dos resultados anteriormente referidos, verifica-se que, efetivamente, as mulheres vítimas de violência doméstica, parecem manifestar alguma incidência de pertur-

bações psicológicas de cariz psicopatológico, além de mudanças comportamentais, nomeadamente no campo das relações próximas e íntimas, sendo alguns dos resultados consistentes com a literatura.

A sintomatologia psicopatológica encontrada nas vítimas de VD, permite corroborar alguns estudos já desenvolvidos que elencam este facto, mencionando que a depressão, a ansiedade caracteriza os quadros clínicos encontrados em mulheres agredidas, bem como sintomas fóbicos (Sá & Werlang, 2013; Adeodato et al, 2005). Embora se tenha denotado alguma escassez de estudos que indiquem se esta sintomatologia psicopatológica surgiu durante a relação, pós-vitimização ou se já existia anterior à relação, sendo possível que a psicopatologia funcione como um fator de risco ou como consequência da vitimização (Lopes, 2015). Denotou-se que o evitamento em vítimas que já não se encontram na relação é maior, o que pode ser entendido pelo desconforto com proximidades e definido pela força das redes sociais desta. Tendo em conta os episódios violentos aos quais estas mulheres foram acomedidas, é crucial perceber que a construção de resiliência é um processo moroso que exige uma rede de suporte social segura. O apoio percebido é promotor de resultados mais positivos, é um fator protetivo que desencadeia segurança, sobretudo em ambientes de VD (Mayer, 2002). A comunidade (família, amigos, vizinhos, grupos religiosos, médicos) é à área mais importante, devendo e podendo evitar o isolamento do casal, nomeadamente das mulheres vítimas, promovendo-lhes o apoio necessário (Pascal, 2013). Ocorrendo a violência doméstica numa relação afetiva, a rutura irá também depender de alguma intervenção externa. No entanto, até que isso aconteça, deparamo-nos com uma trajetória oscilante, com movimentos de saída da relação e de retorno (Bittar & Kohlsdor, 2013). No entanto, as mulheres que já não se encontram em relação indicaram um maior fortalecimento das relações interpessoais o que pode ser traduzido numa revalorização e reaproximação aos que lhes são estimáveis; pode ser ainda entendido como a consciência da falta de apoio ou de ser apoiado e numa possível abertura à partilha de emoções (Adeodato et al., 2005; Silva & Canavarro, 2009). Em linha de conta devemos ter que, cada vítima é uma vítima e que as experiências traumáticas podem desencadear mudanças positivas assim como podem resultar em mudanças negativas. Face aos resultados obtidos, as vítimas que já não se encontram em relação apresentam uma maior perceção dos seus recursos e competências pessoais, o que pode ser entendido como uma mudança positiva na forma como olham para si mesmas, na maior capacidade de aceitação face a acontecimentos adversos. Este aspeto de crescimento pós-

traumático é congruente com o estudo desenvolvido por Arabaci et al. (2018), que constatou um desenvolvimento positivo pós-traumático em mulheres anteriormente acometidas a VD.

Abarcando o padrão de comportamentos agressivos, foi possível constatar que as mulheres vítimas de violência social atribuem mais significado à dimensão da valorização e orientação de vida, sendo preditor de mudanças positivas, nomeadamente uma maior valorização da vida, sendo capazes de estabelecer prioridades, assim como desenvolver interesses e aproveitar oportunidades.

Quando se questionam as mulheres em relação ao início do ciclo de violência, a maioria assinala desde sempre, incluindo antes do casamento, o que permite elencar o impacto diferencial dos diferentes tipos de agressões, mas também, o momento em que eles são perpetrados (Pinto, 2009). Desta forma, contribuindo para possíveis medos persistentes e/ou específicos ou à antecipação destes, e posteriormente, comportamentos de evitamento. No entanto, neste estudo verifica-se que a ansiedade fóbica tende a diminuir com o tempo de violência sofrida, o que permite discutir que o medo e a ameaça por parte do companheiro não se revelam tão marcantes nas vítimas.

No que se refere às associações entre os tipos de violência sofrida e a sintomatologia psicopatológica, o grupo que sofreu violência física apresenta valores maiores de depressão, embora estes não sejam significativos. Não podendo corroborar na íntegra resultados anteriores que indicam que as vítimas de VD que estiveram expostas a violência sexual manifestaram sintomas de somatização e depressivos, que as expostas a violência física manifestaram sintomas de ansiedade, somatização e depressão, enquanto as expostas a violência económica manifestaram sintomas de depressão (Symes, Maddoux, Mcfarlane, Nava, & Gilroy, 2014; Berger, Douglas, & Hines, 2016).

Ainda assim, podendo-nos interrogar se não terão os maus tratos psicológicos maior impacto ao longo do tempo. De acordo com alguns estudos, as sequelas psicológicas da violência são ainda mais graves do que os seus efeitos físicos. A experiência destrói a autoestima o que as expõe a um risco elevado de problemas de foro mental (Bittar & Kohlsdor, 2013).

Outro aspeto relevante encontrado neste estudo foi o facto de 6 mulheres pensarem na possibilidade de suicídio, enfatizando a necessidade de detetar precocemente manifestações de ansiedade e depressão, a fim de possibilitar estratégias de prevenção à ideação suicida.

A distribuição do psicoticismo ilustra diferenças nos grupos consoante os apoios sociais que recebem, apresentando-se com valor maior no grupo que recebe. Poder-se-á sustentar pelo facto de o impacto psicológico repercutido nestas mulheres ser marcado pela incapacidade para a vida familiar, social e laboral, afetando a rotina diária de um modo geral (Pinto, 2009).

Percebeu-se que a exposição a acontecimentos de violência familiar na infância/adolescência não teve influência nas relações íntimas, não corroborando com a continuidade intergeracional elencada pela bibliografia, que nos diz que pessoas educadas em famílias abusivas tendem a envolver-se em relações abusivas. Isto é, mulheres vítimas de violência durante a infância / adolescência são mais suscetíveis de experienciar agressões por parte dos seus companheiros uma vez que presenciar ou sofrer violência na infância, resulta, em vida adulta, na aceitação de sofrer ou praticar violência como conduta comum. Um dos fatores de risco mais apontados prende-se com o facto de tanto a mulher como o seu parceiro terem sido vítimas de maus tratos na infância (Kessler, Molnar, Feurer & Appelbaum, 2001; Madruga, Viana, Abdalla, Caetano & Laranjeira, 2017; Silva, Neto & Filho, 2009; Pascal, 2013). No entanto, os mecanismos internos que se vão construindo podem variar e as mesmas, que estiveram envolvidas em seios familiares violentos, não têm obrigatoriamente de se envolver em relações íntimas violentas e podem não assumir a violência como conduta normal.

Ainda, a mesma exposição à violência na infância/adolescência em relação ao facto de se considerar como fator de risco para transtornos mentais não corrobora também com os estudos. Fatores de risco como a violência devem ser avaliados para que se possa encaminhar as vítimas da forma mais adequada, entendendo melhor as suas reais necessidades de saúde mental e planear os melhores cuidados e uma intervenção (Husta, Farver & Zein, 2008).

No que concerne às limitações da presente investigação, destaca-se o reduzido tamanho da amostra, a sua homogeneidade relativamente ao sexo, bem como o facto de a amostragem ter sido realizada por conveniência, o que não permite generalizar os resultados à população portuguesa; ainda, a escassez de estudos que indiquem se os sintomas psicopatológicos sentidos pelas vítimas serão anteriores às agressões ou se surgem pós-agressão, e dessa forma, perceber se os sintomas psicopatológicos não serão um fator de risco para o despoletar das agressões. Relativamente aos pontos fortes, considera-se que este estudo é

uma mais-valia, uma vez que contribui para um maior conhecimento desta temática, especificamente, no que concerne ao contexto português, bem como às variáveis e correlações estudadas. Ao nível das sugestões para estudos futuros, reconhece-se a necessidade de avaliar se os sintomas psicopatológicos reportados pelas vítimas são a causa ou a consequência de experienciarem violência, a fim de se evitar a limitação acima referida. Deste modo, propõe-se a elevada relevância de estudos longitudinais. Sugere-se ainda o mesmo tipo de análises com vítimas do sexo masculino. Considera-se ainda que seria interessante estudar as diferenças entre vítimas e vítimas/agressores.

Gradualmente, a sociedade parece despertar para esta realidade. Esse reconhecimento público da violência contra a mulher como um grave problema social é possivelmente consequência de uma pluralidade de fatores: da maior transparência das relações familiares, da própria redefinição do papel das mulheres na família e a maior possibilidade de exercício dos seus direitos individuais, dos testemunhos públicos de algumas vítimas, e até mesmo da controvérsia e das questões que o tema gera (Al-Modallal, 2012).

A violência contra as mulheres é um problema social multifacetado que causa danos a todos os níveis. Profissionais de saúde, psicólogos, assistentes sociais e todos nós enquanto cidadãos temos responsabilidades importantes, tais como detetar precocemente casos de abusos e problemas que possam estar associados a esses danos, atendendo às necessidades de todas as vítimas e fortalecendo-as para prevenir danos e possíveis problemas sérios no futuro. Programas de psicoeducação, com informações sobre os direitos das mulheres podem e devem ser organizados por forma a fortalecer as mulheres expostas à violência. É importante que se crie uma cooperação e parcerias entre muitas instituições, organizações com o principal intuito de prevenir a violência contra as mulheres e ainda, contribuir para o *empowerment* destas vítimas e contribuir positivamente para a sua saúde mental. Nestes suportes de ajuda entram o apoio, o aconselhamento e a orientação contribuindo para o desenvolvimento pós-traumático e a resiliência psicológica destas vítimas que outrora, foram acometidas a ofensas à sua integridade física e mental. É importante que as políticas desenvolvidas para a prevenção da violência sejam eficazes e com isso, atuando para a prevenção de maus-tratos antecipando malefícios (Hirth, Abbey & Berenson, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeodato, V.G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista saúde Pública*, 39(1), 108-113.
- Ahmadzad-Asl, M., Davoudi, F., Zarei, N., Mohammad-Sadeghi, H., & Rasoulilian, M. (2016). Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. *Archives of Women's Mental Health*. doi:10.1007/s00737-016-0626-4
- Alcipe (2010). *Manual Alcipe – Para o Atendimento de Mulheres Vítimas de Violência* (2ªed) Lisboa: APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Disponível em: http://www.apav.pt/pdf/Alcipe_PT.pdf
- Al-Modallal, H. (2012). Violence of the psychological partner and vulnerability of women to depression, stress, and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 560–566. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00826.x
- Arabaci, L. B., Dikec, G., Buyukbayram, A., Uzunoglu, G., & Ozan, E. (2018). Traumatic Growth and Psychological Resilience Status of Female Victims of Violence Inpatients in a District Psychiatric Hospital. doi:10.1016/j.apnu.2018.03.017
- Arttime, T. M., & Peterson, Z. D. (2015). Feelings of wantedness and consent during nonconsensual sex: Implications for posttraumatic cognitions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 570–577. doi: 10.1037/tra0000047
- Berger, J. L., Douglas, E. M., & Hines, D. A. (2016). The mental health of male victims and their children affected by legal and administrative partner aggression. *Aggressive Behavior*, 42(4), 346–361. <https://doi.org/10.1002/ab.21630>
- Bittar, D. & Kohlsdorf, M. (2013). *Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica*, 31(74), 447-456. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.DS08.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martinez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 10(1), Article 98. doi:10.1186/1471-244X-10-98
- Caeiro, Â. M. M. (2014). *Crescimento pós-traumático, stress pós-traumático, processo cognitivo e expressão emocional: Comparação entre Mulheres com cancro da mama e Mulheres sem doença oncológica*. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas,

Sociais e da Vida.

- Camelia, D., & Ioana, V. (2015). The Involvement of Coping Mechanisms and Personality Structure in Counseling Women Victims of Domestic Abuse. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. doi:10.1016/j.sbspro.2015.08.298
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III) (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho. (2010). *Perfil psicológico das mulheres vítimas de violência doméstica e suas repercussões*. Cooperativa de ensino superior politécnico e universitário.
- Clara, A., & Magalhães, T. (2011). Violência nas relações de intimidade. Avaliação do risco. *Impactum*, Revista Portuguesa do dano corporal, 22 (2) 75–98. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10316.2/4231>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010, September 25). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms, pp. 145–151.
- Davidovic, A., Bell, K., Ferguson, C., Gorski, E., & Campbell, A. (2011). Impelling and inhibitory forces in aggression: Sex-of-target and relationship effects. *Journal of Interpersonal Violence*. doi:10.1177/0886260510390953
- Derogatis, L. R., & Spencer, M. S. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Edwards, K. M., & Dardis, C. M. (2016). Disclosure Recipients' Social Reactions to Victims' Disclosures of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–24. doi:10.1177/0886260516681155
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women : An EU-wide survey*. Publications Office of the European Union,. Retrieved from http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
- Guzmán-González, M., Lafontaine, M.-F., & Levesque, C. (2016). Romantic Attachment and Physical Intimate Partner Violence Perpetration in a Chilean Sample: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Violence and Victims*.

doi:10.1891/0886-6708.VV-D-14-00114

- Heise, Lori & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by Intimate Partners. In World Health Organization (WHO) (Ed.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87–113). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Hirth, D., Abbey, B. & Berenson, D. (2012). Racial/Ethnic differences in depressive symptoms among young women: the role of intimate partner violence, trauma, and posttraumatic stress disorder. *Journal of women's health*. 21(9), 966-975. doi: 10.1089/jwh.2011.3366.
- Howard, L. M. (2012). Domestic violence: its relevance to psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18, 129–136. doi:10.1192/apt.bp.110.008110
- Husta, J., Farver, J., & Zein D. (2008). Women, War, and Violence: Surviving the Experience. *Journal of women's health*, 17(5), 793-805. doi:10.1089/jwh.2007.0602.
- Kanuha, V. K. (2013). “Relationships So Loving and So Hurtful”: The Constructed Duality of Sexual and Racial/Ethnic Intimacy in the Context of Violence in Asian and Pacific Islander Lesbian and Queer Women’s Relationships. *Violence Against Women*, 19(9), 1175 –1196. <https://doi.org/10.1177/1077801213501897>
- Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D., & Appelbaum, M. (2001). Patterns and mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 487–508.
- Kolbrun Svavarsdottir, E., & Orlygsdottir, B. (2008). Effect of abuse by a close family member on health. *Journal of Nursing Scholarship*. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00244.x
- Krug, E. G., & Dhalberg, L. L. (2002). Violence - a global public health problem. In World Health Organization (WHO) (Ed.), *World Report on Violence and Health* (pp. 1–19). Retrieved from https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/67162/World_report_on_violence_and_health_2002.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lopes. (2012). *Um olhar sobre as relações amorosas: Satisfação conjugal, Intimidade e Satisfação sexual*. Insituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Lopes, A. (2015). *Vinculação e Sintomatologia em Vítimas de Violência nas Relações de*

Intimidade. Universidade Fernando Pessoa .

- Madruga, C. S., Viana, M. C., Abdalla, R. R., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2017). Pathways from witnessing parental violence during childhood to involvement in intimate partner violence in adult life: The roles of depression and substance use. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 107–114. doi:10.1111/dar.12514
- Matos, M. A. V. (2006). *Violência nas relações de intimidade: estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Universidade do Minho.
- Mayer, L. R. (2002). *Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul .
- Moore, K. A., McCabe, M. P., & Stockdale, J. E. (1998). Factor analysis of the Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR): Engagement, communication and shared friendship. *Sexual and Marital Therapy*, 13 (4), 361–368. <https://doi.org/10.1080/02674659808404254>
- Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *Psychologica*, 50, 353–373.
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2015). Assessing Adult Attachment Across Different Contexts: Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships–Relationship Structures Questionnaire Assessing Adult Attachment Across Different Contexts: Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships–Relationship Structures Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 97 (1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.950377>
- Oliveira, M. A. A. M. (2010). *(Des)afectos: o impacto da violência conjugal no funcionamento psicológico das vítimas*. Instituto superior de ciências da saúde- norte.
- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Overstreet, N. M., Willie, T. C., Hellmuth, J. C., & Sullivan, T. P. (2015). Psychological Intimate Partner Violence and Sexual Risk Behavior: Examining the Role of Distinct Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in the Partner Violence-Sexual Risk Link. *Women's Health Issues*, 25(1), 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.10.005>

- Pascal, D. (2013). *Atitude dos parceiros sobre o fenómeno da violência doméstica, dependendo da duração da relação do casal*. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Pinteús, D. V. R. (2015). *Mudanças Ocorridas na Violência*.
- Pinto, J. M. P. (2009). *Impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal em mulheres vítimas acolhidas em casas de abrigo. Estudo exploratório em duas casas de abrigo do Grande Porto*. Universidade do Porto .
- Porter, E., & Chambless, D. L. (2016). Social Anxiety and Social Support in Romantic Relationships. *Behavior Therapy*, 1–43. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.002>
- Prenzler, T., & Fardell, L. (2017). Situational prevention of domestic violence: A review of security-based programs. *Aggression and Violent Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.04.003>
- Redondo, J., Pimentel, I. & Correia, A. (2012). Manual Sarar – Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar. Uma proposta de manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos. Coimbra: Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20035/1/Manual%20SARAR.pdf>
- Rodrigues, A. C. M. (2015). *Sintomatologia de Stress Pós-Traumático nas Vítimas de Violência Conjugal: Tipos de Abuso, Stress e Suporte Social*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga .
- Sá, S. & Werlang, B. (2013). Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 6(2). <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.62.04>
- Sandberg, D. A., Suess, E. A., & Heaton, J. L. (2010). Attachment Anxiety as a Mediator of the Relationship Between Interpersonal Trauma and Posttraumatic Symptomatology Among College Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 33–49. <https://doi.org/10.1177/0886260508329126>
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing Intimacy: The Pair Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x>
- Silva, S., Moreira, H., Pinto, S., & Canavarro, M. C. (2009). Cancro da mama e desenvolvimento pessoal e relacional: Estudo das características psicométricas do Inventário de Desenvolvimento Pós-Traumático (Posttraumatic Growth Inventory) numa amostra de

- mulheres da população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 28(2), 105-133.
- Silva, A., Neto, F., & Filho, C. (2009). Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 121-127.
- Stöckl, H., & Penhale, B. (2015). Intimate Partner Violence and Its Association With Physical and Mental Health Symptoms Among Older Women in Germany. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(17), 3089–3111. doi:10.1177/0886260514554427
- Stockman, J. K., Hayashi, H., & Campbell, J. C. (2015). Intimate Partner Violence and Its Health Impact on Ethnic Minority Women. *Journal of Women's Health*. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4879>
- Symes, L., Maddoux, J., Mcfarlane, J., Nava, A., & Gilroy, H. (2014). Physical and sexual intimate partner violence, women's health and functioning of children: analysis of a prospective seven-year study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2909–2918. doi:10.1111/jocn.12542.
- United Nations. (2015). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. doi: 10.18356/9789210573719
- World Health Organization (WHO). (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence (PDF). 2013. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization, & London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence (PDF)*. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf
- World Medical Association. Declaration of Helsinki. (2013). *Ethical principles for medical research involving human subjects (PDF)*. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Pedido de Autorização ao Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica



Na condição de estudante do 2º ano do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro e, encontrando-me no presente ano letivo 2017/2018 a desenvolver a minha dissertação, venho solicitar a autorização e colaboração do NAVVD de Viseu. A investigação pretende analisar e avaliar os sintomas psicopatológicos, as relações próximas, as relações e intimidade e o desenvolvimento pós-traumático em vítimas de violência doméstica e, desta forma, assinalar níveis de ansiedade e depressão e de que forma condicionam a saúde da vítima e o seu bem-estar mental; pretende ainda, evidenciar diferenças em vítimas com desenvolvimento pós-traumático.

Desta forma, venho por este meio, solicitar autorização a V. Exa. para aplicação de escalas, com o intuito de recolher dados, uma vez que o estudo se aplica a vítimas de violência doméstica.

Ressalvo que será salvaguardada a identidade dos participantes e serão respeitados os direitos dos mesmos. Os dados serão tratados de forma confidencial e anónima, e os resultados deste estudo serão utilizados apenas para fins académicos.

No final do estudo será oferecido um exemplar da investigação ao NAVVD, caso considere que os interesses da instituição se coadunam com o estudo em questão.

Mais informo que a Professora Doutora Sara Monteiro da Universidade de Aveiro é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais.

Sem outro assunto de momento e certa de que o meu pedido será analisado com o maior interesse da Vª. Parte, agradeço com elevada consideração, encontrando-me disponível para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,
Adriana Alves

Anexo B. Consentimento Informado ao participante

Consentimento Informado

Data: __/__/__

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar qualquer informação se não se sentir completamente esclarecido e só depois, assine este consentimento.

Declaro que concordo com o que me foi proposto e explicado pela aluna, que se compromete e assina este documento, permitindo esclarecer todas as dúvidas sobre o assunto. Autorizo a administração das escalas necessárias.

Eu, (nome) _____, declaro que concordei em participar no projeto de investigação de Adriana Isabel Abreu Alves, aluna do mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, sob a supervisão da Doutora Professora Sara Monteiro. O estudo tem por objetivo estudar os sintomas psicopatológicos, as relações próximas, as relações de intimidade em vítimas de violência doméstica e a sua relação com algumas variáveis psicológicas como o desenvolvimento pós-traumático.

Foi-me esclarecido que a minha participação neste estudo consistia somente no preenchimento de alguns questionários, que serão anónimos e de extrema confidencialidade, e que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente neste estudo. Sei também que poderei interromper ou desistir da minha participação a qualquer momento caso me sinta desconfortável.

Lembre-se que não há respostas más, todas elas são boas desde que verdadeiras.

Obrigado pela preciosa colaboração!

Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Anexo C. Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Código: _____

(não preencher)

Secção I

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: _____

Escolaridade

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1º ciclo ensino básico | <input type="checkbox"/> 2º ciclo ensino básico | <input type="checkbox"/> 3º ciclo ensino básico |
| <input type="checkbox"/> Ensino secundário | <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutoramento | <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever |

Profissão: _____

Rendimento mensal:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sem rendimentos | <input type="checkbox"/> Salário mínimo |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 a 4 salários mínimos | <input type="checkbox"/> Acima de 4 salários mínimos |

Beneficia de algum apoio social?

- ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? _____

Qual o meio em que vive?

- ☐ Rural ☐ Urbano

Tem filhos? ☐ Sim

☐ Não

Quantos? _____

Idade do(s) filho(s) _____

Agregado familiar

Parentesco	Idade
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Secção II

Encontra-se, neste momento, em algum relacionamento/casamento?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu Sim, há quanto tempo mantém essa relação/casamento? _____anos.

Indique o quão satisfeito se encontra com o seu relacionamento atual.

Nada satisfeito(a)				Extremamente satisfeito(a)		
1	2	3	4	5	6	7

Alguma vez tentou sair dessa relação?

☐ Sim ☐ Não

Se respondeu não, porque motivo não quis sair da relação?

<input type="checkbox"/> Dependência económica	<input type="checkbox"/> Dependência emocional
<input type="checkbox"/> Pelos filhos	<input type="checkbox"/> Pela casa
<input type="checkbox"/> Pelo medo de ser julgada/o	<input type="checkbox"/> Por não ter para onde ir
<input type="checkbox"/> Outro motivo. Qual? _____	

Há quanto tempo sofre de violência por parte do companheiro/ex-companheiro?____(anos).

Que tipo de violência foi/é exercida?

☐ Violência física ☐ Violência verbal

☐ Violência psicológica

☐ Violência económica

☐ Violência social

☐ Violência sexual

Que comportamentos adotou durante os atos de violência?

☐ Fugiu para algum local

☐ Escondeu-se em algum local

☐ Tentou parar a situação

☐ Tentou defender-se

☐ Pediu ajuda a alguém

☐ Outro.

Qual? _____

No que respeita aos atos de violência que foi vítima acha que foi responsável por despole-
tar esses atos:

☐ Nunca

☐ Algumas vezes

☐ A maior parte das vezes

☐ Sempre responsável

Na sua infância e/ou adolescência assistiu a episódios de violência entre os seus pais?

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu Sim, quem era o agressor?

☐ Mãe

☐ Pai

Se respondeu Mãe, indique que tipo(s) de violência assistiu durante a sua infância e/ou
adolescência:

☐ Violência física

☐ Violência verbal

☐ Violência psicológica

☐ Violência económica

☐ Violência social

☐ Violência sexual

☐ Abandono

☐ Negligência

Se respondeu Pai, indique que tipo(s) de violência assistiu durante a sua infância e/ou ado-
lescência:

☐ Violência física

☐ Violência verbal

☐ Violência psicológica

☐ Violência económica

☐ Violência social

☐ Violência sexual

☐ Abandono

☐ Negligência

Se respondeu Sim, esses episódios de violência ocorreram com que frequência?

☐ Raramente

☐ Por vezes

☐ Muito recorrente

Como reagiu perante o(s) episódios de violência

O que fez depois de assistir a cena única ou aos diversos episódios de violência?

☐ Falou com alguém

☐ Atribuiu a culpa à vítima

☐ Atribuiu a culpa a si própria/o

☐ Não pensou mais sobre isso

☐ Atribuiu a culpa ao agressor

☐ Tentou proteger a vítima

☐ Teve outro comportamento. Qual? _____

Anexo D. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

(L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995)

Nome: Profissão.....Residência..... Idade:.....

Data:.....

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					

15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
22. Sentir-se inferior aos outros					
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
25. Dificuldade em adormecer					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
27. Dificuldade em tomar decisões					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
29. Sensação de que lhe falta o ar					
30. Calafrios ou afrontamentos					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					
32. Sensação de vazio na cabeça					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					

41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Anexo E. Escala de relações próximas – estruturas relacionais (ERP-ER)



ECR – RS [versão geral]

C. Fraley (2011); Versão portuguesa: H. Moreira &
M. C. Canavarro (2012)

Por favor, leia cada uma das frases e classifique o grau em que acredita que cada frase descreve os seus sentimentos acerca das suas relações próximas no geral.

		Dis- cordo forte- mente	Dis- cordo	Dis- cordo mode- rada- mente	Não con- cordo nem dis- cordo	Con- cordo mode- rada- mente	Con- cordo	Con- cordo forte- mente
1	Ajuda--me as pessoas em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com outros.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu converso com as pessoas sobre assuntos e coisas.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nos outros.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável ou abrir--me desabafar com os outros.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar aos outros como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo--me com as outras pessoas frequentemente de que gostem de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que as outras pessoas possam abandonar--me.	1	2	3	4	5	6	7

9	Preocupo--me não gostem quanto eu	que tanto gosto	os de deles.	outros mim	1	2	3	4	5	6	7
---	---	-----------------------	--------------------	---------------	---	---	---	---	---	---	---

Anexo F. Escala de Avaliação na Intimidade na relação (PAIR)

PAIR

D. H. Olson & M. T. Schaefer (1981)

Versão Portuguesa: H. Moreira & M. C. Canavarro (2007)



Este questionário é usado para medir diferentes tipos de “intimidade” no seu relacionamento. Deve responder a cada questão tendo em conta o que pensa melhor caracterizar a sua relação no momento presente.

Para responder utilize a escala abaixo indicada, escolhendo, de entre as cinco opções possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso, colocando uma cruz no respetivo espaço em branco.

0 = Discordo totalmente 2 = Não concordo nem discordo 3 = Concordo

1 = Discordo

4 = Concordo fortemente

		“Como é a minha relação”				
		0	1	2	3	4
1	O meu (minha) companheiro(a) escuta-me quando preciso de falar com alguém	0	1	2	3	4
	Gostamos de passar tempo com outros casais	0	1	2	3	4
3	Estou satisfeito(a) com a nossa vida sexual	0	1	2	3	4
4	O meu (minha) companheiro(a) ajuda-me a clarificar os meus pensamentos	0	1	2	3	4
5	Gostamos das mesmas actividades de lazer	0	1	2	3	4
6	O meu (minha) companheiro(a) tem todas as qualidades que sempre desejei num(a) companheiro(a)	0	1	2	3	4
7	Posso falar dos meus sentimentos sem que ele/ela se torne defensivo	0	1	2	3	4
8	Normalmente isolamo-nos dos outros	0	1	2	3	4
9	Sinto que a nossa vida sexual é apenas uma rotina	0	1	2	3	4
10	Quando se trata de ter uma discussão séria parece que temos pouco em comum	0	1	2	3	4
11	Partilho pouco os interesses do meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
12	Existem momentos em que não sinto muito amor e afecto pelo meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
13	Sinto-me muitas vezes distante do meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
14	Temos poucos amigos em comum	0	1	2	3	4
15	Sou capaz de dizer ao meu (minha) companheiro(a) quando pretendo ter relações sexuais	0	1	2	3	4
16	Sinto-me humilhado(a) / “deitado(a) a baixo” quando eu e o meu (minha) companheiro(a) temos uma conversa séria	0	1	2	3	4
17	Gostamos de nos divertir juntos	0	1	2	3	4
18	Todas as coisas novas que aprendi sobre o meu (minha) companheiro(a) agradaram-me	0	1	2	3	4
19	O meu (minha) companheiro(a) consegue realmente compreender os meus sofrimentos e alegrias	0	1	2	3	4
20	Passar tempo em conjunto com os amigos é uma parte importante das nossas actividades em comum	0	1	2	3	4
21	Contenho o meu interesse sexual porque o meu (minha) companheiro(a) faz-me sentir desconfortável	0	1	2	3	4
22	Sinto que é inútil discutir alguns assuntos com o meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
23	Gostamos de realizar juntos actividades ao ar livre	0	1	2	3	4
24	Eu e o meu (minha) companheiro(a) compreendemo-nos um ao outro completamente	0	1	2	3	4
25	Por vezes sinto-me negligenciado(a) pelo(a) meu (minha) companheiro(a)	0	1	2	3	4
26	Muitos dos amigos mais próximos do meu (minha) companheiro(a) são também os meus amigos mais próximos	0	1	2	3	4
27	A expressão sexual é uma parte essencial da nossa relação	0	1	2	3	4

28	O meu (minha) companheiro(a) tenta frequentemente mudar as minhas ideias	0	1	2	3	4
29	Raramente temos tempo para fazermos coisas divertidas juntos	0	1	2	3	4
30	Penso que possivelmente ninguém pode ser mais feliz do que o meu (minha) companheiro(a) e eu quando estamos juntos	0	1	2	3	4
31	Por vezes sinto-me sozinho(a) quando estamos juntos	0	1	2	3	4
32	O meu (minha) companheiro(a) desaprova alguns dos meus amigos	0	1	2	3	4
33	O meu (minha) companheiro(a) parece não ter interesse pelo sexo	0	1	2	3	4
34	Temos inúmeros assuntos sobre os quais conversar	0	1	2	3	4
35	Sinto que partilhamos alguns interesses em comum	0	1	2	3	4
36	Tenho algumas necessidades que não são preenchidas pela minha relação	0	1	2	3	4

Anexo G. Inventário de Desenvolvimento Pós-traumático (PTGI)

De seguida, são apresentadas várias afirmações que refletem mudanças que poderão ter ocorrido na sua vida

Odesde que ocorreu o acontecimento traumático = Eu não experienciei esta mudança como resultado da minha doença. Cada afirmação corresponde a uma possível mudança na sua vida. Para cada uma deverá assinalar, com uma cruz (X), a resposta que melhor traduz o grau em que experienciou essa mesma mudança, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Eu não experienciei esta mudança como resultado do acontecimento
- 1 = Eu experienciei muito pouco esta mudança como resultado do acontecimento
- 2 = Eu experienciei pouco esta mudança como resultado do acontecimento
- 3 = Eu experienciei moderadamente esta mudança como resultado do acontecimento
- 4 = Eu experienciei bastante esta mudança como resultado do acontecimento
- 5 = Eu experienciei completamente esta mudança como resultado do acontecimento

	0	1	2	3	4	5
1. Mudei as minhas prioridades sobre o que é importante na vida.						
2. Tenho uma apreciação maior pelo valor da minha própria vida.						
3. Desenvolvi novos interesses.						
4. Sinto que posso contar mais comigo própria.						
5. Tenho uma melhor compreensão dos assuntos espirituais.						
6. Tenho uma ideia mais clara de que posso contar com as pessoas em tempos de dificuldade.						
7. Estabeleci um novo rumo para a minha vida.						
8. Sinto-me mais próxima das outras pessoas.						
9. Estou mais disponível para demonstrar as minhas emoções.						
10. Sei que consigo lidar melhor com as dificuldades.						
11. Consigo fazer coisas melhores com a minha vida.						
12. Consigo aceitar o resultado das coisas de forma melhor.						
13. Consigo apreciar melhor cada dia.						
14. Existem outras oportunidades que não teriam existido antes.						

15. Tenho mais compaixão para com os outros.						
16. Dedico-me mais às minhas relações.						
17. É mais provável que tente mudar coisas que precisam de mudança.						
18. Tenho uma maior fé religiosa.						
19. Descobri que sou mais forte do que pensava ser.						
20. Aprendi bastante sobre como as pessoas são maravilhosas.						
21. Aceito melhor necessitar dos outros.						

Nonparametric Correlations

Correlations

			Somatiza- ção	Obses- soes_com- plusoes	Sensibili- dade_Inter- pessoal	Depres- são
Spearman's rho	Somatização	Correlation Coeffi- cient	1,000	,620**	,751**	,799**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	33	33	33	33
	Obsessoes_com- plusoes	Correlation Coeffi- cient	,620**	1,000	,661**	,772**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	33	33	33	33
	Sensibilidade_Inter- pessoal	Correlation Coeffi- cient	,751**	,661**	1,000	,713**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	33	33	33	33
	Depressão	Correlation Coeffi- cient	,799**	,772**	,713**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	33	33	33	33
	Ansiedade	Correlation Coeffi- cient	,814**	,665**	,619**	,716**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
		N	33	33	33	33

	Hostilidade	Correlation Coefficient	,439*	,462**	,637**	,474**
		Sig. (2-tailed)	,011	,007	,000	,005
		N	33	33	33	33
	Ansiedade_fobica	Correlation Coefficient	,491**	,569**	,497**	,511**
		Sig. (2-tailed)	,004	,001	,003	,002
		N	33	33	33	33
	Ideacao_Paranoide	Correlation Coefficient	,308	,322	,545**	,388*
		Sig. (2-tailed)	,081	,068	,001	,026
		N	33	33	33	33
	Psicotismo	Correlation Coefficient	,490**	,467**	,603**	,689**
		Sig. (2-tailed)	,004	,006	,000	,000
		N	33	33	33	33
	validacao_pessoal	Correlation Coefficient	,125	,183	,106	,014
		Sig. (2-tailed)	,487	,307	,559	,939
		N	33	33	33	33
	AberturaExterior	Correlation Coefficient	,291	,315	,234	,161
		Sig. (2-tailed)	,100	,074	,190	,370
		N	33	33	33	33
	comunicacao	Correlation Coefficient	,006	,068	,063	-,161
		Sig. (2-tailed)	,973	,708	,726	,369
		N	33	33	33	33

	Convencionalidade	Correlation Coefficient	,109	,195	,107	,082
		Sig. (2-tailed)	,546	,277	,552	,650
		N	33	33	33	33

Correlations

			Ansiedade	Hostilidade	Ansiedade_fobica	Ideacao_Paranoide
Spearman's rho	Somatização	Correlation Coefficient	,814**	,439*	,491**	,308
		Sig. (2-tailed)	,000	,011	,004	,081
		N	33	33	33	33
	Obsessões_complussões	Correlation Coefficient	,665**	,462**	,569**	,322
		Sig. (2-tailed)	,000	,007	,001	,068
		N	33	33	33	33
	Sensibilidade_Interpessoal	Correlation Coefficient	,619**	,637**	,497**	,545**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,003	,001
		N	33	33	33	33
	Depressão	Correlation Coefficient	,716**	,474**	,511**	,388*
		Sig. (2-tailed)	,000	,005	,002	,026
		N	33	33	33	33
	Ansiedade	Correlation Coefficient	1,000	,425*	,677**	,228
		Sig. (2-tailed)	.	,014	,000	,202
		N	33	33	33	33
	Hostilidade	Correlation Coefficient	,425*	1,000	,539**	,563**
		Sig. (2-tailed)	,014	.	,001	,001
		N	33	33	33	33
	Ansiedade_fobica	Correlation Coefficient	,677**	,539**	1,000	,424*
		Sig. (2-tailed)	,000	,001	.	,014
		N	33	33	33	33

	Ideacao_Paranoide	Correlation Coefficient	,228	,563**	,424*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,202	,001	,014	.
		N	33	33	33	33
	Psicotismo	Correlation Coefficient	,490**	,541**	,530**	,516**
		Sig. (2-tailed)	,004	,001	,001	,002
		N	33	33	33	33
	validacaopessoal	Correlation Coefficient	,058	,189	,006	-,050
		Sig. (2-tailed)	,746	,292	,975	,781
		N	33	33	33	33
	AberturaExterior	Correlation Coefficient	,218	,162	,078	-,225
		Sig. (2-tailed)	,222	,367	,668	,208
		N	33	33	33	33
	comunicacao	Correlation Coefficient	-,027	,114	-,047	-,169
		Sig. (2-tailed)	,879	,526	,796	,346
		N	33	33	33	33
	Convencionalidade	Correlation Coefficient	,123	,267	,114	-,076
		Sig. (2-tailed)	,497	,134	,529	,674
		N	33	33	33	33

Correlations

			Psico- tismo	validacao- pessoal	Abertura- Exterior	comunica- cao
Spearman's rho	Somatização	Correlation Coeffi- cient	,490**	,125	,291	,006
		Sig. (2-tailed)	,004	,487	,100	,973
		N	33	33	33	33
	Obsessoes_com- plusoes	Correlation Coeffi- cient	,467**	,183	,315	,068
		Sig. (2-tailed)	,006	,307	,074	,708
		N	33	33	33	33
	Sensibilidade_Inter- pessoal	Correlation Coeffi- cient	,603**	,106	,234	,063
		Sig. (2-tailed)	,000	,559	,190	,726
		N	33	33	33	33
	Depressão	Correlation Coeffi- cient	,689**	,014	,161	-,161
		Sig. (2-tailed)	,000	,939	,370	,369
		N	33	33	33	33
	Ansiedade	Correlation Coeffi- cient	,490**	,058	,218	-,027
		Sig. (2-tailed)	,004	,746	,222	,879
		N	33	33	33	33
	Hostilidade	Correlation Coeffi- cient	,541**	,189	,162	,114
		Sig. (2-tailed)	,001	,292	,367	,526
		N	33	33	33	33
	Ansiedade_fobica	Correlation Coeffi- cient	,530**	,006	,078	-,047
		Sig. (2-tailed)	,001	,975	,668	,796
		N	33	33	33	33

	Ideacao_Paranoide	Correlation Coefficient	,516**	-,050	-,225	-,169
		Sig. (2-tailed)	,002	,781	,208	,346
		N	33	33	33	33
	Psicotismo	Correlation Coefficient	1,000	,053	-,042	-,004
		Sig. (2-tailed)	.	,770	,815	,981
		N	33	33	33	33
	validacaopeessoal	Correlation Coefficient	,053	1,000	,643**	,657**
		Sig. (2-tailed)	,770	.	,000	,000
		N	33	33	33	33
	AberturaExterior	Correlation Coefficient	-,042	,643**	1,000	,653**
		Sig. (2-tailed)	,815	,000	.	,000
		N	33	33	33	33
	comunicacao	Correlation Coefficient	-,004	,657**	,653**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,981	,000	,000	.
		N	33	33	33	33
	Convencionalidade	Correlation Coefficient	,186	,820**	,611**	,789**
		Sig. (2-tailed)	,299	,000	,000	,000
		N	33	33	33	33

Correlations

		Convencionalidade	
Spearman's rho	Somatização	Correlation Coefficient	,109
		Sig. (2-tailed)	,546

	N	33
Obsessoes_compluses	Correlation Coefficient	,195
	Sig. (2-tailed)	,277
	N	33
Sensibilidade_Interpessoal	Correlation Coefficient	,107
	Sig. (2-tailed)	,552
	N	33
Depressão	Correlation Coefficient	,082
	Sig. (2-tailed)	,650
	N	33
Ansiedade	Correlation Coefficient	,123
	Sig. (2-tailed)	,497
	N	33
Hostilidade	Correlation Coefficient	,267
	Sig. (2-tailed)	,134
	N	33
Ansiedade_fobica	Correlation Coefficient	,114
	Sig. (2-tailed)	,529
	N	33
Ideacao_Paranoide	Correlation Coefficient	-,076
	Sig. (2-tailed)	,674
	N	33
Psicotismo	Correlation Coefficient	,186
	Sig. (2-tailed)	,299
	N	33
validacaopessoal	Correlation Coefficient	,820**

		Sig. (2-tailed)	,000
		N	33
	AberturaExterior	Correlation Coefficient	,611**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	33
	comunicacao	Correlation Coefficient	,789**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	33
	Convencionalidade	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	33

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).